

L'Autonomie Hospitalière: Sommaires des Expériences de Cinq Pays

Kenya
Zimbabwe
Ghana
Indonésie
Inde

Septembre 1996

Table of Contents

Autonomie Hospitalière en Indonésie	1
Sommaire	1
Conclusions.....	2
L'Autonomie hospitalière au Kenya	5
Sommaire	5
L'Autonomie Hospitalière en Inde	12
Sommaire	12
L'Autonomie Hospitalière au Zimbabwe	18
Sommaire	18
L'Autonomie Hospitalière au Ghana.....	27
Sommaire	27

Autonomie Hospitalière en Indonésie

Par Thomas Bossert, Soewarta Kosen, Budi Harsono et Ascobat Gani

Sommaire

En 1991 l'Indonésie initia un programme d'autonomie hospitalière (Unité Swadana) pour encourager les hôpitaux à recouvrer une partie de leur coûts. Les hôpitaux Indonésiens membre de l'Unité Swadana appartiennent toujours au gouvernement qui exerce un haut niveau de supervision et de contrôle par l'intermédiaire de Ministère de la Santé et des autorités locales aux niveaux provincial et du district dépendant du Ministère de l'Intérieur. Néanmoins les directeurs d'hôpitaux ont un certain contrôle sur la portion de leurs revenus venant des paiements collectés au niveau de la structure. Contrairement à d'autres pays, les paiements collectés par les hôpitaux Indonésiens ont été importants (30-80% du revenu total), le restant des revenus provenant des subventions faites par les gouvernements national et locaux. Avant d'être reconnu membre de l'Unité Swadana, l'hôpital était obligé de reverser l'ensemble de ses revenus au gouvernement qui se chargeait de les gérer.

Avec le nouveau système Swadana, les hôpitaux sont autorisés à conserver leur revenus provenant du paiement de tarifs hospitaliers, et ils peuvent, dans les limites d'un certain pourcentage, utiliser ces fonds pour verser des bonus, pour des besoins de fonctionnement (médicaments, pièces de rechange), et pour recruter du personnel contractant. Ces revenus ne peuvent pas être utilisés pour l'achat d'équipements ou pour faire des constructions; cependant, les hôpitaux autonomes sont autorisés à utiliser ces fonds pour louer des services tels que l'alimentation et la lingerie. Les directeurs d'hôpitaux peuvent fixer des tarifs pour tous les services rendus sauf ceux concernant les lits réservés aux pauvres (lits de 3eme catégorie). Ces tarifs doivent être approuvés par les autorités au plus haut niveau, et dans la plupart des cas, ils sont approuvés.

Il y a toujours un certain degré de centralisation dans le contrôle sur la procédure de planification et de budgétisation des revenus provenant de la collecte des paiements de frais. Les directeurs d'hôpitaux sont obligés de soumettre un plan annuel pour l'utilisation de leurs propres recettes, en les incorporant dans la planification de l'exercice budgétaire qui comprend des subventions du gouvernement faites avec des fonds au niveau national, local et du district. Les

directions des hôpitaux récemment rendus autonomes estiment que cette supervision sur leurs budgets ne constitue pas un obstacle majeur à leur capacité de décider comment utiliser leurs fonds.

La structure de gestion de l'hôpital est une décision qui peut être prise au niveau de l'hôpital (en changeant les normes standards du système centralisé, et en permettant une variété de formes d'organisation). Toutefois, le Directeur de l'hôpital continue d'être nommé au niveau central par le Ministère de la Santé (DEPKES) et pas par n'importe quel autorité responsable localement.

Les directions des hôpitaux peuvent aussi changer certains services rendus. Elles peuvent réassigner les lits entre les différentes catégories et les différents services, sauf les lits de la 3eme catégorie qui sont réservés aux pauvres et de par la loi doivent constituer au moins 50% du total des lits.

L'étude DDM a évalué un échantillon de dix hôpitaux comprenant : cinq hôpitaux Swadana qui ont 2-3 ans d'expérience en autonomie hospitalière (deux à Jakarta, un en Java de l'Ouest et deux en Java Centrale); trois hôpitaux publics non autonomes aux niveaux provincial et du district (un en Java Centrale et deux à Jakarta); et deux hôpitaux privés, un grand et un petit (un à Jakarta et un en Java Centrale).

Une enquête sur le terrain a été faite pour évaluer la procédure et l'impact des changements en matière de financement, de justice, de qualité, et d'efficacité qui pourraient résulter de l'autonomie hospitalière. Une série d'hypothèses au sujet des probables effets de l'autonomie sur la procédure et l'impact ainsi que les résultats de ces tests sont décrits ci-dessous.

Cette méthodologie nous a permis d'évaluer les tendances budgétaires, en personnel, en utilisation du service, en répartition des lits, en taux d'occupation des lits et en durée de séjour aussi bien dans les hôpitaux publics autonomes que dans les hôpitaux publics non autonomes et dans les hôpitaux privés. L'étude sur le terrain a aussi permis de collecter par la méthode de l'interview, des informations sur les changements en matière de gestion, de motivation, et de procédures budgétaires. Des tentatives d'obtenir des informations sur la qualité se sont avérées infructueuses.

Conclusions

Les fonds alloués aux hôpitaux publics ont augmenté (aussi bien les subventions gouvernementales que le maintien à l'hôpital des recettes provenant des paiements de tarifs). Ce résultat était un peu surprenant dans la mesure où, malgré nos attentes à une augmentation des recettes provenant des paiements, nous pensions que les subventions allaient diminuer quand les hôpitaux seraient autorisés à conserver leurs recettes, particulièrement au niveau des provinces et

des districts où les gouvernements locaux dépendent des hôpitaux pour leurs recettes. Cependant, il n'y avait aucune relation identifiable entre le Statut Swadana et les tendances de financement. Nous avons trouvé que le statut Swadana à lui seul procurait peu de raisons de passer de la dépendance sur la subvention à la dépendance sur ses propres recettes provenant du paiement des services.

Les problèmes de justice semblent avoir empiré en général et dans certains cas (particulièrement en ce qui concerne l'augmentation des tarifs), le Statut Swadana a contribué à cette injustice. Il y a eu une récente tendance à doubler, tripler, et dans certains cas plus que quadrupler les tarifs dans les différentes sortes d'hôpitaux. Toutefois, les hôpitaux autonomes facturaient des tarifs plus élevés et faisaient des augmentations plus élevées que celles des hôpitaux publics non autonomes. Les tarifs dans les hôpitaux Swadana se rapprochaient de ceux pratiqués par les hôpitaux privés aussi bien au niveau le plus haut qu'à celui le plus bas des barèmes.

Parmi les hôpitaux de notre échantillon, il y avait une tendance générale à la réduction de l'accès aux services par les pauvres (compte non tenu de l'autonomie) avec en déclin dans le nombre absolu des lits réservés aux pauvres. En outre, les tarifs fixés pour les lits de la 3ème catégorie dans les hôpitaux Swadana se rapprochent de ceux pratiqués dans le secteur privé pour des lits similaires. Comme prévu, les hôpitaux ne rentrant pas dans la catégorie Swadana étaient vraisemblablement moins tentés d'augmenter les tarifs que les hôpitaux autonomes. Bien que les autorités nationales, provinciales et de district exercent un contrôle sur l'affectation des lits de la 3ème catégorie, elles semblent par contre moins exigeantes à l'égard des hôpitaux pour ce qui concerne le maintien du nombre ou du pourcentage des lits réservés aux pauvres.

Malgré que les données sur les coûts unitaires dans les hôpitaux objet de la présente étude soient d'une validité discutable, celles qui étaient disponibles montraient que les hôpitaux publics pouvaient subventionner les lits de 1ère catégorie qui étaient utilisés par les patients les plus riches alors que ceci était à peine possible pour ceux réservés aux pauvres. Ce sont les lits à tarifs modestes (pour les très pauvres) qui semblent être facturés plus que les coûts unitaires. Par contraste, les hôpitaux privés avaient plus de succès dans l'utilisation de systèmes de tarification pour subventionner de façon croisée les lits réservés aux pauvres. Les hôpitaux publics pourraient étudier les tarifications et les structures de coûts des hôpitaux privés qui leur permettent de réaliser cette subvention croisée.

Nous n'avons pas eu de preuve que l'autonomie hospitalière avait un impact sur les décisions relatives au personnel. Le nombre d'agents dans chaque catégorie personnel était resté stable pendant la période étudiée. Puisque l'autonomie n'a pas permis la direction de l'hôpital de recruter ou de licenser le personnel salarié

permanent, ce résultat n'est pas inhabituel.

Nous avons mesuré l'efficacité en regardant aux taux moyens de durée de séjour et d'occupation des lits, et là aussi nous avons trouvé peu d'indications en termes de changement dans les différents types d'hôpitaux. Nous n'avons pas été en mesure d'évaluer l'impact de l'autonomie sur la qualité des services (les données sur les taux d'infection intra-hospitalière et de satisfaction du malade n'étaient pas disponibles). Aussi il n'avait pas semblé y avoir une différence entre les hôpitaux contrôlés au niveau central et ceux contrôlés par les autorités locales (provinces et districts).

Les seuls signes intangibles d'améliorations ayant résulté de l'autonomie hospitalière étaient que les systèmes de gestion se sont améliorés dans les hôpitaux autonomes et les systèmes d'incitation aux paiements des médecins dans ces hôpitaux semblent avoir amélioré la fréquentation chez le médecin. Ces changements n'ont pas encore démontré un impact sur nos indications d'efficacité comme décrit ci-dessus, toutefois ils montrent que des systèmes d'évaluation de l'efficacité et de qualité plus perfectionnés pourraient mesurer cet impact.

Ces résultats devraient être considérés avec précaution. L'échantillon d'hôpitaux que nous avons choisi est relativement petit et l'expérience de l'autonomie est assez récente. De plus, puisque plusieurs hôpitaux sont aujourd'hui engagés dans un processus pour obtenir l'autonomie, il se pourrait qu'il y ait un halo d'effet dans les hôpitaux de notre échantillon ne faisant pas partie de la catégorie Swadana. Cependant, les tendances pour limiter l'accès aux services et l'augmentation des tarifs montrent que certains mécanismes devraient être mis en place pour assurer que l'autonomie soit compatible avec le maintien de l'accès aux services par les pauvres.

L'Autonomie hospitalière au Kenya

Par David Collins, Grace Njeru et Julius Meme

Sommaire

Introduction

Au Kenya, comme dans plusieurs autres pays, les hôpitaux publics consomment une large portion des maigres ressources allouées au secteur. Devant les difficultés de financer les services de santé, les gouvernements ont accordé une plus grande autonomie à quelques hôpitaux pour améliorer leur gestion, ce qui va entraîner une meilleure qualité de service, générer plus de revenus, et/ou réduire les coûts. En 1987 au Kenya, la transformation en entreprise publique l'hôpital National Kenyatta, le grand hôpital universitaire de référence, constitue un exemple de cette orientation.

Pendant plusieurs années, l'Hôpital National Kenyatta a connu des problèmes d'encombrement; de qualité du service de manque d'équipements, d'approvisionnements, et de personnel motivé et bien formé. Cela était dû principalement aux faiblesses de la gestion, aussi bien de la structure que du personnel, à l'absence de bons systèmes de contrôle, et au fait centralisé au Ministère de la Santé. Avec le changement en entreprise publique, l'hôpital restait la propriété du gouvernement par le biais du Ministère de la Santé, mais un conseil d'administration était responsable de l'actif et du passif de l'hôpital, de son développement et de sa gestion.

Le gouvernement continuait de fournir un financement annuel pour le développement et les dépenses récurrentes de l'hôpital. Le gouvernement contrôlait les nominations au conseil d'administration, les niveaux de financement, la structure des tarifs, ainsi que les niveaux de rémunération du personnel. Le Conseil d'Administration avait qualité pour générer des revenus par le biais du système de partage des coûts, procurer des biens et services y compris le recrutement et le licenciement du personnel, et utiliser les ressources disponibles pour accomplir la mission de l'hôpital.

Mise en oeuvre

Malgré une responsabilité et une autorité légales acquises en Avril 1987 par le nouveau Conseil d'Administration, un manque de préparation pour le changement en entreprise publique avait entraîné un retard de quelques mois avant qu'il ne fût opérationnel. A cause du peu de disposition au changement de la part de quelques gestionnaires et des limitations salariales qui ont rendu difficile l'embauche de gestionnaires expérimentés travaillant à l'extérieur du Ministère de la Santé, le renforcement de la gestion de l'Hôpital National Kenyatta a pris un temps plus long. Avec cette situation, l'hôpital continuait à être géré par le Ministère de la Santé et le directeur d'hôpital pour quelques temps.

Aussi, l'expérience et la capacité limitées du personnel de prendre plus de responsabilités, le manque de préparation de la part de l'Hôpital National Kenyatta pour prendre le relais du Ministère de la Santé en ce qui concerne le renforcement des secteurs clés comme la planification, le personnel, les finances et la comptabilité, l'équipement et la gestion des profits, ont retardé la mise en oeuvre de la réforme. Ceci a été aggravé par le manque d'information du personnel au sujet des changements et par la crainte ressentie par ce personnel pour la sécurité de leur travail, leurs pensions, et les promotions en instance.

Avec un souci grandissant au sujet des lents progrès pour concrétiser les améliorations nécessaires, le gouvernement avait passé un contrat de gestion avec une firme européenne de gestion hospitalière en fin 1991 pour accélérer la mise en oeuvre du changement. Il y avait une résistance interne considérable à la firme de gestion, moitié due à l'exclusion du Conseil d'Administration et de la Direction du processus de passage du contrat, moitié due au manque d'expérience de certains membres de l'équipe de gestion contractante; le contrat a été résilié en Août 1992.

Jusqu'en 1992, le Conseil d'Administration était peu impliqué dans la gestion, le directeur prenant la plupart des décisions conjointement avec le Ministère de la Santé. Cependant en mi-1992, un nouveau directeur a été nommé et le Conseil d'Administration était de plus en plus associé au processus de prise de décisions au niveau de la direction. Le Conseil d'Administration, composé de représentants du secteur privé expérimentés et de hauts fonctionnaires, a commencé à s'attaquer aux problèmes internes et externes tels que celui du personnel et celui du financement public. Il en a résulté des améliorations dans la gestion. La direction administrative a été renforcée avec le redéploiement d'un personnel qualifié provenant d'autres départements ministériels. La direction médicale s'était améliorée aussi avec une plus grande participation dans la gestion hospitalière de la part des spécialistes médicaux du Collège des Sciences de la Santé, une structure départementale mieux définie, et plus de délégation d'autorité aux chefs de département. Les spécialistes de l'Hôpital National

Kenyatta ne faisaient plus l'objet de mutation de la part du Ministère de la Santé et leurs salaires étaient ramenés au niveau de ceux de leur collègues de l'université publique.

Tandis que certains personnels avaient choisi de quitter l'Hôpital National Kenyatta pour devenir des employés du Ministère de la Santé, la majorité d'entre eux avait décidé de rester à l'hôpital. Les personnels de l'administration qui avaient choisi d'être employés de l'Hôpital National Kenyatta avaient maintenu leur droit à la pension publique, mais en 1991 ils avaient aussi adhéré à la nouvelle caisse de retraite supplémentaire initiée par l'Hôpital National Kenyatta. Plus tard, des augmentations de salaires dans le public pourront permettre à l'Hôpital National Kenyatta de dévier les infirmières du secteur privé, alors qu'en ce qui concerne le personnel qualifié dans les domaines de l'information, il ne sera pas en mesure de compétir avec le privé. La totalité des directeurs et personnels administratifs provient du public parce que les salaires offerts dans ce secteur, même s'ils ont été relevés, sont encore trop bas pour attirer les gens du privé.

La situation des fournitures s'était améliorée aussi, principalement à cause de l'augmentation des ressources financières, du paiement plus rapide des factures, de la liberté de s'approvisionner directement, et d'une décentralisation interne de la gestion des fournitures. Malgré tout, des problèmes relatifs à un approvisionnement lent, peu approprié, irrégulier, et aux coulages internes ont persisté parce que certains personnels continuent de résister au changement et les niveaux de compétence sont insuffisants pour utiliser des systèmes informatiques plus sophistiqués.

Le financement public à l'Hôpital National Kenyatta a changé en subvention globale, ce qui a augmenté la flexibilité budgétaire, et ceci avec un plus grand contrôle, a eu pour résultat une utilisation interne des fonds plus efficace. Les améliorations dans la gestion financière se sont traduites en états financiers plus opportuns, plus détaillés et plus exacts. La responsabilité financière s'est améliorée comme le démontre un audit satisfaisant du financement de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International. Comme entreprise publique, l'Hôpital National Kenyatta a acquis la capacité légale de poursuivre le personnel pour fraude; ainsi plusieurs employés ont été poursuivis, ce qui a exercé un effet dissuasif sur les autres. D'autres améliorations, comme l'informatisation du système comptable et la décentralisation de la responsabilité financière, ont été ralenties du fait des compétences limitées du personnel existant et de la difficulté d'attirer de nouveaux employés expérimentés à cause du bas niveau des salaires de la fonction publique.

La part assignée à l'Hôpital National Kenyatta dans les allocations de financement périodique de développement faites au Ministère de la Santé, a augmenté de façon significative depuis qu'il est devenu une entreprise publique;

ce qui a dû aidé l'hôpital à améliorer la qualité des soins, mais donne lieu à des préoccupations quant aux conséquences sur le financement d'autres services du Ministère de la Santé tels que les soins de santé primaires et la santé préventive. Le fait que l'affectation des fonds à l'Hôpital National Kenyatta et aux autres services du Ministère de la Santé soit mise en oeuvre sur la base d'aucun indicateur semble être le principal problème, car il n'y a pas une claire définition de la gamme, du niveau, et du volume de services pour chaque type d'établissement, qui peut être utilisée comme base pour la détermination de la répartition des ressources la plus efficace.

Depuis qu'il est devenu une entreprise publique, l'Hôpital National Kenyatta a été capable de conserver la totalité de ses recettes qui sont devenues une importante source de financement supplémentaire, augmentant de 1% des revenus de l'Hôpital National Kenyatta en 1986/87 à environ 10% en 1993/94. Un barème des prix plus vaste, plus complexe et plus élevé a été introduit par le Conseil d'Administration.

Le rôle de l'Hôpital National Kenyatta dans le système national de santé a quelque peu tiré profit de l'autonomie grandissante de cette structure. La baisse des consultations externes et la réduction de la capacité de l'hôpital ont libéré des ressources et ont augmenté sa compétence à servir comme hôpital national de référence. Bien qu'un glissement de patients ayant besoin de soins de santé primaires à d'autres établissements de Nairobi ait été prévu, il n'est pas bien clair que la baisse dans l'utilisation est liée à la situation des pauvres ou d'autres groupes vulnérables et encore moins au lieu où ces patients sont allés au juste pour obtenir des soins. Le personnel croit que les améliorations dans le rendement technique et dans la qualité des soins ont eu lieu surtout à cause de la disponibilité croissante des provisions, des améliorations dans la maintenance des bâtiments et des équipements, et des conséquences bénéfiques de ces facteurs sur la productivité du personnel. La remise en service de la respiration artificielle dans l'unité des nouveaux-nés en est l'exemple.

Globalement le taux d'occupation des lits semble avoir augmenté légèrement, mais il a beaucoup varié d'un service à l'autre, celui de la pédiatrie ayant accru de façon significative. Dans l'ensemble, les statistiques de la durée moyenne de séjour sont restés à peu près les mêmes au fil des années, malgré que le Service de Médecine et le Pavillon Privé aient montré une claire baisse. Le nombre total du personnel semble avoir baissé par rapport aux services fournis, et dans une certaine mesure on s'est attaqué au problème de déséquilibres dans le personnel avec par exemple une augmentation du personnel subalterne. En termes de monnaie locale, les dépenses de personnel ont augmenté, mais elles ont baissé en termes de pourcentage du total des dépenses récurrentes et semblent absorber une portion du budget total beaucoup plus petite que la somme équivalente allouée au Ministère de la Santé. En termes réels, les frais d'exploitation semblent avoir baissé mais il n'est pas clair à quel point cela est

relié à l'efficacité, aux insuffisances de financement, ou à d'autres raisons. En plus, les données financières et du service n'ont pas toujours été recueillies et rapportées de façon fiable et régulière par l'Hôpital National Kenyatta.

L'autonomie croissante de l'Hôpital National Kenyatta a amélioré sa capacité de négocier, de planifier, de mettre à exécution ses programmes, d'être responsable des projets d'assistance financés par les organismes d'aide et de faire un rapport sur leur performance. Du même coup, la flexibilité et la compétence croissantes dans le domaine de la gestion acquises du fait de l'autonomie ont aidé l'Hôpital National Kenyatta de comprendre et de mettre en pratique les leçons tirées de ces projets d'assistance. Aussi l'autonomie croissante a permis à l'Hôpital National Kenyatta de traiter directement les questions de relations publiques, ce qui a permis à l'hôpital d'arriver à un plus grand équilibre de l'information, avec moins d'articles catastrophes et plus d'articles favorables.

Le rôle des organismes d'assistance a été un facteur important dans les changements qui ont eu lieu. L'utilisation des conditions de subvention et de prêt acceptées d'un commun accord a aidé à inciter d'une part le Gouvernement et le Ministère de la Santé à adhérer aux accords de financement et d'autre part le Conseil d'Administration et la Direction à se concentrer à la fois sur les besoins structurels et sur la formation du personnel. De surcroît, alors que l'autonomie croissante a servi de base à l'amélioration de la gestion, la mise à disposition d'une assistance technique gratuite par les organismes d'aide a contribué aux progrès réalisés en matière de développement du système de gestion et du rendement. Cette assistance technique comprend l'aide offerte dès le début qui est relative au développement de la gestion des choix et des priorités (projet REACH), l'assistance de conseillers en organisation travaillant dans le projet Banque Mondiale, l'assistance concernant l'allocation des coûts, la gestion financière, l'efficacité, et la formation assurée par le projet de financement des soins de santé au Kenya initié par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International duquel le développement de la gestion du département de formation de l'Hôpital National Kenyatta fait partie.

Recommandations pour l'Hôpital National Kenyatta

Bien que l'hôpital National Kenyatta ait largement tiré profit de son autonomie croissante, un certain nombre de mesures peuvent être prises pour atteindre les objectifs de meilleure qualité des soins, de génération de recettes, et de contrôle des coûts. D'abord, le contrôle gouvernemental a besoin d'être plus assoupli pour permettre à l'Hôpital National Kenyatta de rechercher un financement extérieur et d'embaucher du personnel mieux qualifié. En second lieu, compte tenu du genre et du niveau de services offerts à l'Hôpital National Kenyatta et la difficulté que la plupart des patients ont pour payer les frais, le gouvernement doit prendre des mesures pour que le maximum de ces coûts soit couvert par une

assurance sociale, le solde devant être payé par un financement public ciblé. Troisièmement, le rôle du Conseil d'Administration reste décisif; ainsi le gouvernement doit chercher à maintenir un bon équilibre entre les agents qualifiés et expérimentés du secteur privé et les fonctionnaires, en évitant les nominations sur recommandation. Quatrièmement, l'Hôpital National Kenyatta a toujours besoin d'une plus grande compétence en cadres moyens et un meilleur système de gestion, particulièrement dans les domaines des finances et des fournitures, afin de pouvoir maximiser l'efficacité et la qualité. Cinquièmement, le rôle de l'Hôpital National Kenyatta dans le système national et le genre, la gamme et le volume de services ainsi que les types de clients prévus, doivent être définis afin d'avoir une base solide pour délimiter la contribution des organismes donateurs et les niveaux de fonds et de financement des dépenses récurrentes pris en charge par le gouvernement. Enfin, le gouvernement devrait fixer et contrôler les objectifs de couverture, d'efficacité, de qualité des soins et de rendement financier à atteindre par l'Hôpital National Kenyatta.

Recommandations pour l'extension du modèle

Un certain nombre de leçons et de questions surgissent lorsqu'il s'agit d'étendre ce modèle d'autonomie aux autres hôpitaux Kenyans. Premièrement, il n'est pas encore sûr que le gouvernement peut et devrait suivre le modèle de l'Hôpital National Kenyatta, car cela peut ne pas être logique d'augmenter le nombre d'institutions en transformant chaque hôpital en entreprise publique. Par conséquent, il est nécessaire d'explorer d'autres mécanismes légaux pour octroyer l'autonomie, peut-être à l'occasion d'autres réformes, telle que la décentralisation. En outre, les hôpitaux desservant des communautés particulières auront besoin d'avoir des conseils d'administration comprenant des représentants locaux qui sont responsables à la fois devant le gouvernement national et/ou le gouvernement local et les communautés. Deuxièmement, les avantages de l'autonomie ne seront pas acquis sans génération de ressources suffisantes. Pas un seul hôpital Kenyan ne sera en mesure de financer totalement le développement et le fonctionnement de ses services sur les recettes et en même temps assurer l'accès aux nécessiteux. Compte tenu des contraintes sur le financement public, l'assurance sociale doit être mise en oeuvre plus efficacement et l'assistance publique ciblée suivant le besoin et la performance. Les plafonds de financement doivent être plus flexibles de sorte que les hôpitaux puissent chercher, négocier, et recevoir des fonds à partir d'autres sources, telles que les organismes donateurs, sans compromettre le financement public pour la santé. Troisièmement, pour renforcer sa politique et la coordination des rôles, le gouvernement doit définir le rôle assigné aux hôpitaux, aussi bien en termes de type et de volume des services offerts qu'en termes de gamme de patients desservis pour assurer la rentabilité des financements publics et des organismes d'aide. Enfin, pour que la mise en oeuvre de l'autonomie soit réussie, on doit s'y préparer sérieusement. Les

nouveaux conseils d'administration et directeurs doivent être nommés à l'avance et de façon démocratique pour assurer le choix des personnes les plus qualifiées. Des systèmes standards devraient être développés en avance pour les secteurs de gestion sensibles afin que chaque hôpital ne soit pas obligé de mettre en place son propre système. Les membres du Conseil d'Administration, les directeurs, et le personnel devront être bien orientés et bien formés, tandis que le Ministère de la Santé devrait fixer et contrôler les objectifs pour les aspects-clés de la performance financière et de la couverture du service, de l'efficacité, et de la qualité.

L'Autonomie Hospitalière en Inde

Par Mukesh Chawla et Alex George

Sommaire

Dans le cadre de sa stratégie globale de mener une politique pertinente de recherche sur des sujets qui sont susceptibles d'intéresser les décideurs publics et les missions de l'USAID en Afrique, le Bureau de l'USAID pour l'Afrique à travers son projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique (HHRAA) a chargé le projet "Data For Decision Making" (DDM) à l'Université Harvard de faire cinq études de cas sur l'autonomie des hôpitaux. L'une d'entre elles a été faite en Inde dans l'état d'Andhra Pradesh.

Les objectifs Généraux du projet DDM-HHRAA en ce qui concerne l'autonomie des hôpitaux sont: (a) décrire différentes approches qui ont été utilisées dans différentes parties du monde pour d'une part améliorer la performance des hôpitaux publics à travers une autonomie croissante, et d'autre part assurer l'efficacité de l'affectation des dépenses gouvernementales en matière de santé qui consistait à dévier les fonds publics des hôpitaux; (b) analyser les facteurs contribuant à la mise en oeuvre réussie d'une stratégie pour assurer l'autonomie croissante des hôpitaux; et (c) élaborer une série de directives pour soutenir les politiques tendant à améliorer la performance des hôpitaux à travers une plus grande autonomie.

L'objectif principal de l'analyse de l'expérience des hôpitaux autonomes de l'état d'Andhra Pradesh Vaidya Vidhan Parishad (APVVP) est par conséquent de fournir une description et une évaluation du processus et de l'impact de l'autonomie sur la performance de ces établissements. Plus spécifiquement, les objectifs de l'étude sont (a) montrer et analyser, le développement de l'APVVP comme une structure autonome; (c) décrire le système administratif et juridique qui soutient l'autonomie de l'APVVP; et (d) évaluer l'impact de l'autonomie notamment ses effets sur l'efficacité, la qualité des soins, la satisfaction des patients, etc.

Situé au sud de l'Inde, Andhra Pradesh (AP) est le cinquième état le plus peuplé d'Inde, avec une population de 663000000 habitants. Le niveau de la santé en AP est légèrement supérieur à la moyenne nationale. En 1992 AP a enregistré un taux de naissance de 24,1, un taux de décès de 9,1, et un taux de mortalité

infantile de 71 pour 1000, ce qui ne le cède en rien aux moyennes nationales correspondantes de 29, 10 et 79 respectivement. En 1981-86 l'espérance de vie en AP était de 58 ans à côté de la moyenne nationale de 56 ans. Seulement 40,8% des naissances en AP ont eu lieu dans des institutions de santé ou ont été supervisées par un personnel de santé, ce qui est très proche de la moyenne nationale de 41,2%. De 1981 à 1991 le taux de croissance de 24,2% de la population en AP est très proche de celui de 23,85% enregistré au niveau national. Du même coup, en 1988 le taux total de fécondité de 3,3% en AP était légèrement inférieur à celui de 4% pour le pays entier.

Le système de santé publique en Andhra Pradesh comprend trois niveaux de prestation de services et de financement. Les services de soins de santé primaires mettent à la disposition des usagers des soins préventifs et d'entretien pour les problèmes mineurs de santé, la santé maternelle et de l'enfant, et le planning familial. A l'exception des services du planning familial qui sont gérés par le Conseil d'Administration du Département des Allocations Familiales, tous les services et institutions de soins de santé primaires sont dirigés par le Conseil d'Administration du Département des Services de Santé. Les hôpitaux de référence et les hôpitaux secondaires constituent le deuxième niveau du système de santé publique. Ces institutions procurent des soins aux patients hospitalisés et à ceux venus en consultation externe pour des maladies qui sont trop graves pour être traitées au niveau primaire. Ces institutions sont placées sous l'autorité générale de l'Andhra Pradesh Vaidya Vidhana Parishad (APVVP), une agence gouvernementale autonome qui a été créée en 1986. Les hôpitaux du niveau tertiaire, comprenant les hôpitaux universitaires, constituent le troisième et final niveau du système de santé publique. Dirigés par le Conseil d'Administration du Département de la Formation Médicale, les hôpitaux du niveau tertiaire procurent des soins plus techniques et plus spécialisés.

L'Andhra Pradesh Vaidya Parishad (traduire: le Conseil pour la Gestion Hospitalière d'Andhra Pradesh) est une structure autonome établie en 1986 par un décret, avec objectif formel de gérer tous les hôpitaux de district se trouvant dans l'état d'Andhra Pradesh en Inde. L'APVVP a remplacé le Ministère de la Santé du gouvernement d'Andhra Pradesh dans la gestion des hôpitaux de district. Poussé par un désir d'accorder une autonomie plus grande (et par la suite totale) aux hôpitaux de district, l'APVVP était presque une organisation gouvernementale avec la liberté de fixer ses objectifs de gestion et son mode de fonctionnement sous réserve de la mission assignée d'octroyer une autonomie plus grande à ces hôpitaux. Du même coup, l'APVVP était chargé d'assurer une efficacité plus grande des hôpitaux, d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients, d'améliorer la gestion financière et de maintenir la subsistance financière. Avec au départ 140 hôpitaux communautaires et de district, l'APVVP prit très vite la direction de tous les hôpitaux régionaux, et en 1993 il contrôlait 162 hôpitaux et 9646 lits.

L'APVVP est dirigé par un Conseil d'Administration qui comprend des représentants nommés par le gouvernement, des représentants élus par le peuple, et des représentants des institutions financières. L'APVVP est dirigé par un commissaire qui est entouré d'autres commissaires et de commissaires adjoints, ainsi que du personnel administratif et de conseillers juridiques. Aussi un grand nombre de médecins sont salariés de L'APVVP et travaillent surtout dans les différents hôpitaux de district.

Le modèle utilisé par le Gouvernement d'Andhra Pradesh pour accorder l'autonomie est basé sur la création d'une institution autonome au lieu de donner cette autonomie à chaque hôpital. L'APVVP a remplacé efficacement le département du Ministère de la Santé qui était chargé de l'administration des hôpitaux. Toutefois, rien ne montre que l'autonomie est passée au niveau de l'hôpital. La délégation des pouvoirs administratifs et financiers aux directeurs d'hôpitaux leur donne une certaine autorité pour prendre des décisions, mais comparée au volume des activités hospitalières, cette délégation reste importante.

Ce modèle a eu plusieurs avantages. D'abord, le gouvernement a eu à faire avec une seule organisation au lieu de 160 hôpitaux autonomes différents. Deuxièmement, le gouvernement a été en mesure de contrôler assez étroitement le mouvement des fonds, les nominations, le paiement des salaires, etc. Troisièmement, lorsque cette organisation autonome a travaillé sous la direction générale d'un dirigeant dynamique et d'un Conseil d'Administration qui prête son appui, elle a paru bien fonctionner. Quatrièmement, le fait d'avoir une seule organisation a conduit efficacement au système d'association des efforts pour un meilleur résultat.

De même, il y a plusieurs désavantages liés à une organisation unique. D'abord, les hôpitaux restent non autonomes, de ce fait les avantages de l'autonomie ne peuvent pas être concrétisés pleinement. En second lieu, sur le plan administratif et politique, il a été facile pour le gouvernement d'exercer un contrôle étroit sur l'organisation unique, si bien que l'autonomie effective a été possible dans bien des cas. Troisièmement, pendant plusieurs exercices l'organisation n'a pas été dirigée correctement, et par conséquent la performance de tous les hôpitaux n'a pas été optimale. Du fait de tous ces facteurs, pendant longtemps et à plusieurs occasions l'APVVP a profité très peu de son statut d'autonomie malgré le cadre administratif et juridique fourni par le décret. L'APVVP n'a pas toujours été capable de prendre ses propres décisions sur le plan financier et à propos de son administration courante, et a souvent été assujettie aux contraintes bureaucratiques et hiérarchiques qui sont d'habitude typiques aux organisations gouvernementales. Bien que le cadre juridique de l'autonomie ait existé depuis la création de l'organisation, l'autonomie de fait a été influencée par une foule de facteurs notamment la relative situation et force de la gestion de L'APVVP par rapport au gouvernement. En effet, la plupart du temps l'organisation n'a été

autonome que lorsque la direction a été en mesure de le réaliser ou lorsque le gouvernement l'avait permis ou les deux à la fois.

Lorsque c'était possible, l'APVVP a eu une réussite digne d'éloges dans plusieurs situations requérant une prise de décision par la direction. Avec l'APVVP, le temps d'arrêt des machines dû à leur réparation et à leur révision a été réduit de plus de six mois dans la plupart des cas à moins de deux semaines. Cette réduction du temps d'arrêt des machines a été la conséquence directe des politiques simplifiées et efficaces mises en oeuvre pour les réparations et la maintenance.

L'APVVP a introduit plusieurs moyens novateurs pour générer des ressources augmentant les fonds reçus du gouvernement. Ceux-ci comprennent l'établissement de tarifs hospitaliers, la mise en place des plans Annadana, les dons, les loteries, et l'aide extérieure. Les tarifs hospitaliers n'ont généré que 45 millions de Roupies (entre 1988 et 1994). Les dons ont été particulièrement couronnés de succès, et ils ont procuré des fonds substantiels (plus de 100 millions de Roupies entre 1988 et 1994) à la population. Les plans Annadana ont réussi, et ont mobilisé plus de 2 millions de Roupies (entre 1988 et 1994) sous la forme de contributions du grand public aux frais d'alimentation.

La plus grande réussite de l'APVVP a sûrement été l'approbation en 1993 d'un prêt de la Banque Mondiale d'un montant de 133 millions de dollars Américains pour un projet spécial qui va aider l'APVVP et le gouvernement d'Andhra Pradesh à financer des activités renforçant les institutions pour le développement des politiques et la mise en oeuvre des compétences, et pour l'amélioration de la qualité des soins, de l'accès et de l'efficacité des services de santé dans les districts et dans les hôpitaux communautaires.

L'APVVP a pris plusieurs mesures pour améliorer l'état de préparation des hôpitaux à faire face aux situations d'urgence. Ces mesures comprennent l'identification des équipements nécessaires pour les services d'urgence comme les bouteilles d'oxygène, les aspirateurs et les réfrigérateurs, ainsi que l'amélioration de leur disponibilité dans les hôpitaux, un grand nombre d'entre eux n'ayant pas de systèmes d'alimentation en eau qui fonctionnent convenablement. L'APVVP a amélioré l'alimentation en eau dans tous les 162 hôpitaux en installant des puits, en augmentant les branchements municipaux, en vérifiant ou remettant en état les systèmes de distribution d'eau existants, en augmentant les réservoirs aériens de stockage d'eau, et en fournissant de l'eau potable aux patients. L'APVVP a adopté aussi une stratégie à multiple directions pour résoudre le problème des coupures d'électricité, en installant des câbles d'alimentation directe et des générateurs électriques de réserve, en changeant le câblage électrique dans les vieux hôpitaux, et en fournissant un nombre suffisant de ventilateurs à chaque hôpital. Par ailleurs, l'APVVP a construit plusieurs pavillons supplémentaires, des centres de consultations externes, des

salles de consultation, et des espaces pour les accompagnants des malades.

L'APVVP a pris plusieurs mesures novatrices pour gérer et contrôler les fonds mis à sa disposition. D'abord, l'APVVP a réorganisé le système de classification des dépenses pour suivre une catégorisation plus fonctionnelle. Deuxièmement, l'APVVP a créé un système d'audit simultané et un département d'audit interne. Enfin, l'APVVP a délégué un certain nombre de ses pouvoirs financiers au directeur de l'hôpital et aux coordinateurs de district, particulièrement pour les petites réparations de routine. L'APVVP a initié plusieurs actions pour un contrôle mensuel de stocks pour environ 55 médicaments. De nouvelles règles et procédures ont été introduites, ce qui oblige les fonctionnaires chargés des achats à tenir compte du stock existant avant de faire de nouvelles commandes, réduisant l'achat de la plupart des produits d'un quart. Ces améliorations en gestion financière et de l'inventaire ont été lentes à se matérialiser, mais une fois les changements ont été mis en oeuvre ils se sont révélés très efficaces. La résistance initiale du personnel à changer leurs habitudes bien établies au temps du gouvernement a été vaincue au fil du temps à travers la formation, et de meilleurs et plus fonctionnels systèmes de comptabilité, d'archivage, de contrôle d'inventaire, d'achats, et d'informatisation ont été mis en place.

Dans plusieurs autres cas, le succès de l'APVVP était plutôt limité. Même si le modèle de financement public a changé de subvention avec lignes budgétaires à subvention globale après l'autonomie, le gouvernement continue d'avoir un contrôle considérable sur la manière dont les fonds sont affectés. Par conséquent, il n'y a pas eu d'innovations et d'améliorations dans les dépenses du fait de l'autonomie. De même les procédures budgétaires et de planification n'ont pas beaucoup changé, malgré l'autonomie officielle dont l'APVVP jouit à cet égard. Les affectations de dépenses aux différents comptes principaux continuent d'être faites sur une base historique, et aucun plan à long terme n'a été élaboré pour des changements majeurs dans l'action ou dans l'objectif de l'organisation.

L'autonomie de l'APVVP en ce qui concerne les problèmes de personnel était plutôt limité, ainsi la direction n'a pas eu une grande flexibilité pour les embauches et les licenciements. A l'exception de la rationalisation de certains postes (256 postes étaient déclarés inutiles et ont été supprimés), il n'y a eu aucun changement pour la création et le pourvoi de postes. L'APVVP continue de suivre les normes initialement établies par le gouvernement qui sont les mêmes pour les autres hôpitaux directement gérés par l'Etat. Après l'autonomie, aucun système de motivation n'a été mis en place, et malgré la déclaration de la nouvelle mission de l'organisation, il n'y a pas eu de changement dans les comportements et actions des employés de l'organisation, pour qui l'autonomie ne voulait pas dire grand chose.

En résumé, il est évident qu'à cause de sa nature autonome l'APVVP a très bien réussi à mobiliser des ressources publiques pour son financement. Le statut d'autonomie a aussi été utile pour assurer des performances sur d'autres fronts tels que la maintenance des équipements et des bâtiments, et dans une certaine mesure, la qualité des soins. Toutefois, l'autonomie a signifié peu ou rien du tout au personnel employé par l'organisation et elle n'a pas été accompagnée de motivations pour ceux qui travaillent dans la structure.

Les résultats de l'APVVP ne peuvent pas être attribués sans équivoque au milieu favorable créé par la nature autonome de l'organisation, car les qualités de chef de la part des directeurs semblent avoir joué un rôle important. L'APVVP a bénéficié du même environnement autonome depuis sa création, et tandis que quelques commissaires sont capables d'apporter plusieurs changements significatifs, d'autres ne le sont pas. La plupart des changements et des résultats peuvent être attribués aux qualités de chef d'un commissaire, et c'est discutable de savoir si ces résultats auraient pu être atteints sans l'autonomie dont l'APVVP jouit. Il est clair que le statut d'autonomie à lui seul n'a pas été en mesure de garantir les meilleurs résultats, et il est resté très vulnérable aux éventuels échecs des dirigeants.

L'Autonomie Hospitalière au Zimbabwe

Par Jack Needleman, Mukesh Chawla et Oliver Mudyarabikwa

Sommaire

Introduction

Ce rapport concerne l'une des cinq études de cas relatives à l'expérience de différents pays en développement à propos de l'autonomie financière, administrative ou de gestion des hôpitaux publics. Il examine l'expérience de l'autonomie hospitalière au Zimbabwe. Le problème de l'autonomie hospitalière est devenu important au Zimbabwe lorsqu'en 1995 le gouvernement annonça son désir de décentraliser le financement des hôpitaux et de promouvoir la privatisation de certaines fonctions hospitalières.

Le gouvernement du Zimbabwe a adopté un système à quatre niveaux pour les services de santé dans les structures publiques et privées. Le niveau supérieur est composé de six hôpitaux centraux. Des six hôpitaux, seul l'hôpital Parirenyatwa a été rendu autonome. L'hôpital Parirenyatwa est une structure de 987 lits située au centre de Hararé. En 1995, il a fait 272330 journées d'hospitalisation et 231531 consultations. C'est une structure de l'Ecole de Médecine de l'Université du Zimbabwe et le plus grand centre de référence du pays. L'objectif principal de la présente étude est de comparer la gestion et le fonctionnement de l'hôpital Parirenyatwa avec ceux des autres hôpitaux centraux.

En plus de ce cas principal, deux autres cas ont été examinés: l'Hôpital Wankie Colliery à Hwange et la Clinique des Avenues à Hararé.

L'Hôpital Parirenyatwa

Historique de l'Hôpital Parirenyatwa

Avant l'indépendance du Zimbabwe, les services hospitaliers étaient soumis à la ségrégation raciale. Au début des années 70, une décision de créer un grand centre hospitalier universitaire pour les patients de race blanche a été prise.

L'Hôpital Andrew Fleming ouvrit ses portes en 1974. L'année suivante, la gestion de cet hôpital et de trois autres hôpitaux comprenant l'Hôpital Central de Hararé pour patients de race noire, a été dévolue à un nouveau conseil, le Conseil d'Administration des hôpitaux de Salisbury. Le Conseil avait autorité d'administrer les biens des hôpitaux, de gérer et de contrôler ces hôpitaux, de contrôler les fonds reçus des patients, et d'embaucher le personnel médical, celui chargé de l'enseignement clinique, et les internes suivant des conditions établies par le Ministère de la Santé et d'autres restrictions. Le Ministre de la Santé devait demander l'avis du Conseil d'Administration avant de nommer le Directeur Médical de ces hôpitaux et les autres personnels. Les fonds étaient fournis par le Ministère de la Santé sous forme de subvention globale.

Après l'indépendance, le nouveau gouvernement prit des mesures pour réduire l'autonomie des hôpitaux. La raison manifeste était de prendre le contrôle d'une institution réservée à l'élite blanche et d'élargir l'accès aux soins hospitaliers à la population noire. En 1981, la loi créant le Conseil d'Administration a été modifiée pour réduire sa taille, changer sa composition, éliminer la condition préalable pour le Ministre de la Santé de demander l'avis consultatif du Conseil avant l'embauche du Directeur Médical ou d'autres personnels, ou avant la révocation du personnel non médical, et d'élargir l'autorité du Ministre de la Santé sur le Conseil en rendant ses instructions obligatoires pour le Conseil. Aussi, la loi a retiré l'Hôpital Central de Hararé du contrôle du Conseil d'Administration. L'année suivante, l'Hôpital Andrew Fleming changea de nom et devint l'Hôpital Parirenyatwa à la gloire du premier médecin noir Zimbabwéen.

Dans les années 80, le Ministère de la Santé et de la Sécurité de l'Enfant a porté une attention particulière au processus de prise de décision à l'hôpital Parirenyatwa. En 1992, le Conseil d'Administration démissionna ou était forcé de démissionner après une série de reportages sur le déficit important de l'hôpital, alléguant une mauvaise gestion et une discrimination économique dans l'accès aux services de l'hôpital. Un comité composé de fonctionnaires du Ministère de la Santé et de la Sécurité de l'Enfant a été mis sur pied pour faire fonctionner l'hôpital et pour passer en revue les problèmes de gestion et de direction de l'hôpital. En 1993 ce comité présenta un rapport recommandant l'amélioration des services de l'hôpital et son fonctionnement soutenu en tant qu'institution autonome. Le fonctionnaire du Ministère de la Santé et de la Sécurité de l'Enfant qui était l'auteur principal du rapport fut nommé Directeur Médical. Le Conseil d'Administration fut reconstitué en 1995. Peu de temps après l'accomplissement du travail sur le terrain, le Directeur Médical fut forcé de démissionner pour le motif d'utilisation personnelle de l'ambulance de l'hôpital.

L'envergure de l'autonomie à l'hôpital Parirenyatwa.

Au Zimbabwe la supervision officielle des hôpitaux publics par le Ministère de la Santé et de la Sécurité de l'Enfant est hautement centralisée. Les cadres supérieurs sont nommés par le Ministre de la Santé et tous les employés sont des fonctionnaires. Les hôpitaux reçoivent des fonds par poste budgétaire pour les dépenses de consommation telles que les salaires, les fournitures, et les prestations de service sur la base des niveaux de dépenses faites dans le passé. Les achats sont contrôlés. Les fournitures médicales et de médicaments doivent être obtenues sur commande aux Pharmacies Nationales d'Approvisionnement (PNA). Les autres achats sont faits par commandes aux vendeurs agréés par le gouvernement. Les commandes sont envoyées au Trésor Public pour paiement, et sont par la suite débitées sur l'affectation de fonds à l'hôpital. Les capitaux des hôpitaux publics sont fournis par le Ministère de la Santé et de la Sécurité de l'Enfant. La maintenance des installations techniques revient au Ministère de la Construction et du Logement, et la maintenance des automobiles est du ressort du Ministère des Transports. Sur la base d'un barème des tarifs fixé par le Ministère de la Santé et le Trésor Public, les hôpitaux doivent facturer les patients assurés par les Sociétés d'Aide Médicale et ceux dont les revenus mensuels dépassent 400 dollars Zimbabwéens, mais tous les fonds recouverts par facturation sont reversés au Trésor Public. Selon ce système, le directeur et les cadres de l'hôpital prennent leurs décisions au jour le jour.

Placée dans le contexte d'autres hôpitaux, l'autonomie de l'Hôpital Parirenyatwa s'avère limitée. Les cadres ont été nommés par le Ministère de la santé et de Sécurité de l'Enfant sans l'approbation ou l'avis consultatif du Conseil d'Administration. Les agents sont des fonctionnaires. Bien qu'ils soient des subventions globales, les budgets aussi sont déterminés sur la base des niveaux passés. Comme les autres hôpitaux, l'hôpital Parirenyatwa doit suivre les mêmes procédures d'appel d'offres et de maintenance. L'hôpital doit se conformer au barème des tarifs du Ministère de la Santé et de la Sécurité de l'Enfant.

Les principaux secteurs où l'autonomie est réalisée sont les suivants. D'abord, une retenue des frais à la source est possible. En plus, contrairement aux autres hôpitaux, Parirenyatwa peut facturer le gouvernement pour les patients qui ont droit aux soins gratuits parce que leurs revenus mensuels sont inférieurs à 400 Zimbabwéens. Cependant, il est important de noter que même si une retenue des frais à la source est possible, le niveau des tarifs fixés par le Ministère de la Santé a toujours été maintenu en dessous des coûts. Cette politique crée un déficit structurel qui ne peut être résorbé que par les fonds publics affectés aux hôpitaux.

Deuxièmement, l'hôpital reçoit ses fonds sous forme de subvention globale, et peut confectionner son propre budget sans tenir compte de l'attribution de lignes budgétaires spécifiques par le Ministère de la Santé ou le Trésor

Public. Toutefois, l'autonomie concernant la confection interne du budget est limitée car les employés sont des fonctionnaires et la Commission du Service Public a restreint la capacité de l'hôpital de redéfinir ses besoins en personnels et de recruter ou de licencier des travailleurs selon ces besoins.

Troisièmement, alors que le rôle du Conseil d'Administration a été atténué par les modifications de 1981 et les actions du Ministère de la Santé qui s'en sont suivies, il a le potentiel de stimuler l'indépendance de l'hôpital. Malgré tout, l'autonomie est limitée par les efforts continuels du Ministère de la Santé tendant à influencer directement l'étendue des services et le fonctionnement de l'hôpital, et par une initiative et un sens du commandement limités dans l'Hôpital Parirenyatwa.

Si l'autonomie de l'Hôpital Parirenyatwa est limitée, c'est aussi le cas de dire qu'en réalité la supervision des hôpitaux par le Ministère de la Santé pendant les années passées a été moins stricte que ne l'indique la description formelle présentée ci-dessus. Les dépenses en personnel et l'embauche ont été appliquées fermement. Quelques hôpitaux firent des achats largement au dessus des montants budgétisés, ce qui a été simplement payé au début de l'année fiscale suivante et débité sur l'affectation des fonds de la nouvelle année. L'Hôpital Parirenyatwa a fait pareil, c'est à dire retarder le paiement jusqu'à ce qu'il dispose de fonds pour payer. Les fournisseurs ont montré une volonté de faire crédit aussi bien au gouvernement qu'à Parirenyatwa, réduisant ainsi la discipline d'un budget fixe.

De même, quand la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est en rupture de stocks, Parirenyatwa et les autres hôpitaux sont autorisés à utiliser les procédures d'appel d'offres courantes pour s'approvisionner sur le marché extérieur.

Aussi, la supervision des hôpitaux par le Ministère de la Santé a été limitée par la façon dont les données relatives aux dépenses et les statistiques d'utilisation sont collectées et conservées séparément. Il s'est avéré très difficile de faire des estimations de coûts unitaires dans un même hôpital pendant une période de temps ou en comparant les hôpitaux. En l'absence de telles données, il est difficile de fixer des objectifs raisonnables aux directeurs d'hôpitaux.

Réponses organisationnelles et directoriales à l'autonomie

Comme l'autonomie est limitée, il en est de même pour ce qui concerne les modifications relatives à la direction, l'organisation et les systèmes mis en place à l'Hôpital Parirenyatwa. La structure de direction de l'hôpital est la même que celle des autres hôpitaux centraux, mais au moment de notre étude le directeur était en train de chercher à améliorer son personnel de haut niveau et à ajouter un poste de Cadre Technique en espérant que l'hôpital gagnerait en autorité s'il

assurait lui-même la maintenance de ses installations techniques, de ses équipements et de ses véhicules.

Compte tenu des opportunités de l'hôpital de faire des retenues de frais à la source, il serait nécessaire de développer ses services comptables et de facturation, car les gains dans ce secteur pourraient être payants. En ce qui concerne le recouvrement des créances, l'Hôpital Parirenyatwa fait mieux que les autres hôpitaux centraux. Par exemple, en 1994, il a estimé avoir recouvré 18,2 pourcent de ses dépenses, comparativement aux 6,4 pourcent pour Hararé Central. Bien que meilleur à l'Hôpital Parirenyatwa que dans les autres hôpitaux, le processus de facturation et de recouvrement des créances a été mauvais. En 1993, il a été estimé que les factures étaient établies 6 à 12 mois après la sortie du malade, et qu'il y avait un arriéré de facturation de 14 mois.

Les problèmes dans le domaine de la facturation ont été attribués à deux facteurs: défaut d'informatisation de cette fonction et restrictions de la fonction publique quant au personnel et aux horaires. Un facteur plus général contribuant au problème de facturation était relatif au manque d'attention sur cette question de la part de la direction. Ceci peut expliquer l'orientation dans les années 80 vers un plus grand accès et une plus grande dépendance sur les instructions et les affectations de fonds reçues du Ministère de la Santé.

Impacts de l'autonomie sur la performance dans le fonctionnement.

L'étude compare la performance de l'Hôpital Parirenyatwa et celle de l'Hôpital Central de Hararé pour montrer que l'autonomie de Parirenyatwa a contribué à un plus haut niveau de performance. De telles comparaisons sont cependant difficiles, car historiquement Parirenyatwa a été mieux financé que Hararé Central qui dessert une zone pauvre, et les différences peuvent être attribuées à celles relatives aux ressources ou aux cas traités, plutôt qu'à l'autonomie. Dans l'ensemble, peu de différences sont observées.

Concernant globalement la gestion financière et le contrôle des coûts, la preuve d'une performance supérieure de l'Hôpital Parirenyatwa n'était pas évidente. Concernant les trois années (1993-1995) pour lesquelles des données comparables sont disponibles, les dépenses autres que celles du personnel à Parirenyatwa ont accru beaucoup plus lentement qu'à Hararé Central, mais ce dernier a commencé et fini la période avec des coûts journaliers plus bas que ceux réalisés à Parirenyatwa. Il se peut que Parirenyatwa ait mieux contrôlé ses coûts pendant cette période, mais aussi il avait une plus grande marge de manoeuvre. Dans la compétition de 1992 et 1995 pour le Meilleur Hôpital Central, les classements des deux hôpitaux étaient comparables.

En ce qui concerne les domaines particuliers de fonctionnement des hôpitaux, la performance est comparable ou liée aux niveaux budgétaires alloués à la rubrique.

Pour le personnel, les nouvelles institutions sont comparables. Les médicaments et les fournitures sont achetés en utilisant les mêmes systèmes et sources, et les personnels dans les deux hôpitaux signalent des dépenses excessives pendant les années récentes. Lorsque les médicaments ne sont pas disponibles à la PNA, Parirenyatwa s'adresse à des fournisseurs extérieurs; Hararé Central demande aux patients ou à leurs familles d'acheter les médicaments et de les amener à l'hôpital. Ceci peut montrer la différence entre les deux institutions au niveau des financements. L'alimentation est un secteur où il y a une réelle différence entre les deux institutions, des sources extérieures classant l'alimentation à l'hôpital Parirenyatwa comme meilleure que celle servie à Hararé Central. Cependant, ceci peut montrer une dépense journalière en provisions plus élevée à Parirenyatwa, 16 dollars Zimbabwéens comparativement à 10 dollars Zimbabwéens à Hararé Central. La maintenance et la réparation des équipements sont faites de la même façon dans les deux hôpitaux. De sévères manques de personnel et de fournitures ont été signalés à Hararé Central cependant. Tous les deux hôpitaux signalent des problèmes relatifs à la réaction des autres Ministères responsables de la maintenance des installations techniques et des véhicules. La procédure d'achat des équipements est la même dans les deux hôpitaux. La principale différence est que le budget des équipements à l'hôpital Parirenyatwa est fixé de façon interne, alors que celui de Hararé Central est fonction de l'affectation de fonds pour équipements. Pendant les années passées de budgets réduits, les fonds d'assistance ont été la principale source de financement pour l'acquisition de nouveaux équipements et ces fonds ont été gérés par le Ministère de la Santé aussi bien pour Parirenyatwa que pour Hararé Central.

Peu de mesures de qualité globale sont disponibles. Les classements des deux hôpitaux dans la compétition de 1992 et 1995 pour le Meilleur Hôpital Central sont légèrement meilleurs pour l'Hôpital Parirenyatwa, mais ces différences ne sont pas importantes. Les taux de mortalité à Parirenyatwa sont plus bas qu'à Hararé Central, mais ces différences pourraient résulter des cas traités, du niveau de pauvreté plus élevé pour la population traitée par Hararé, ou de ressources plus élevées disponibles à Parirenyatwa, plutôt que de différences de gestion. Les taux de mortalité à la maternité et dans les autres services à Parirenyatwa montèrent entre 1989 et 1995, mais ceci pourrait s'expliquer par le fait des déclinés dans l'économie du Zimbabwe ou du fardeau croissant du VIH/SIDA.

L'Hôpital Wankie Colliery

L'hôpital Wankie Colliery est situé près des mines de charbon du Wankie Colliery à Hwange dans l'Ouest du Zimbabwe. L'hôpital a plus de 150 lits, est bien équipé et a assez de personnel. L'hôpital est un département fonctionnel de la mine de charbon, initialement créé pour procurer des soins aux employés de la société et

à leurs familles. Des budgets annuels et un plan d'équipement de cinq ans sont soumis par l'hôpital aux responsables de la houillère qui fixent les budgets définitifs. Le département des achats de la mine s'occupe des approvisionnements de l'hôpital.

La houillère passe des contrats avec plusieurs grands employeurs régionaux pour fournir des services hospitaliers à leurs employés. Le remboursement des frais est fait sur la base d'un barème négocié des tarifs. Les tarifs négociés dépendent des coûts de services et l'hôpital a mis en oeuvre une comptabilité interne des coûts ainsi que des systèmes de facturation informatisés pour soutenir ce processus. Ceci montre le potentiel pour la mise en oeuvre de tels systèmes dans d'autres hôpitaux au Zimbabwe.

Aussi l'hôpital passe des contrats avec le Ministère de la Santé pour fournir des services hospitaliers au niveau du district avec le même barème négocié des tarifs basé sur le coût des services. Cette relation est devenue tendue pour plusieurs raisons. D'abord, les coûts à l'hôpital de la houillère sont plus élevés que ceux des hôpitaux de district du Ministère de la Santé, et le Directeur Provincial de la Santé a par conséquent encouragé les patients d'aller dans d'autres hôpitaux. L'hôpital s'est plaint du fait qu'en l'absence de prévision du flux des patients du Ministère de la Santé, il était difficile de fournir le personnel approprié. Aussi il y a eu des conflits sur le problème de la facturation du gouvernement par l'hôpital pour les patients à revenus supérieurs à 400 dollars Zimbabwéens qui viennent à l'hôpital avec des lettres d'envoi des cliniques de district. Des conflits similaires pourraient surgir en ce qui concerne les autres hôpitaux si le gouvernement leur accorde une plus grande autonomie et transforme son paiement basé sur le système des postes budgétaires ou des subventions globales en paiement pour service rendu pour les patients qui en ont droit.

La Clinique des Avenues

La Clinique des Avenues est l'un des rares hôpitaux généraux privés au Zimbabwe. Elle a cent quarante huit lits, est située pas loin de l'hôpital Parirenyatwa. L'hôpital se décrit comme fonctionnant beaucoup plus comme une organisation à but non lucratif et pour cela a fait une demande de statut en tant que tel. Sa philosophie est de maintenir les tarifs aussi bas que possible, tout en couvrant les coûts récurrents, fournissant les équipements nécessaires, et améliorant le service.

Plus de 80 pourcent des patients sont membres des Sociétés d'Aide Médicale. Le reste, dans sa majorité, est constitué de patients étrangers assurés ou de ceux qui payent comptant. L'hôpital facture les soins sur la base du système de paiement pour service rendu. Il a mis en place des systèmes informatiques de comptabilité des coûts et de facturation, en utilisant le même logiciel que

l'Hôpital Wankie Colliéry. L'hôpital illustre le potentiel des soins hospitaliers basés sur le paiement d'un tarif au Zimbabwe et que des systèmes sont disponibles dans le pays pour gérer efficacement dans un tel environnement.

Leçons apprises des cas Zimbabweés

La raison de créer l'hôpital Parirenyatwa comme institution autonome pendant la période d'avant-indépendance n'est jusqu'aujourd'hui pas encore claire. Dans la période d'après-indépendance, le Ministère de la Santé chercha à restreindre l'autonomie déjà limitée initialement établie. L'année passée, le gouvernement du Zimbabwe a manifesté son désir de décentraliser la gestion hospitalière et d'élargir l'autonomie pas seulement à l'hôpital Parirenyatwa mais aussi à tous les hôpitaux du pays.

Plusieurs leçons peuvent être tirées de l'expérience de l'hôpital Parirenyatwa, de celle de l'Hôpital Wankie Colliery, et de celle de la Clinique des Avenues pour la mise en oeuvre d'efforts efficaces afin de décentraliser la gestion hospitalière et augmenter l'autonomie hospitalière. D'abord, la direction désignée de l'hôpital doit être engagée à mettre en oeuvre une autonomie élargie et peut présenter efficacement une vision claire de l'autonomie au personnel de l'hôpital et aux autres partenaires de l'hôpital. La direction de l'hôpital doit être capable de gagner la confiance et la coopération du personnel hospitalier. Deuxièmement, les systèmes de facturation, de comptabilité financière, et de gestion actuellement mis en place dans les hôpitaux ne sont pas adéquats pour leur permettre de fixer efficacement des tarifs pour leurs services, de facturer en temps opportun, de budgétiser, de gérer le budget, ou de faire des ajustements budgétaires en temps réel montrant les changements dans la demande ou dans les circonstances économiques. L'amélioration de ces systèmes et du personnel qui les fait fonctionner constituera un élément crucial dans la mise en oeuvre de toute politique permettant aux hôpitaux de faire la balance entre les recettes et les dépenses. Troisièmement, le Ministère de la santé doit renoncer au contrôle qu'il exerce sur les hôpitaux. Dans un système de décentralisation hospitalière, le Ministère de la santé doit être disposé à renoncer à son autorité sur les offres de service, et sur la gestion du fonctionnement des hôpitaux.

Il y a d'importants problèmes transitionnels que le Ministère de la Santé doit résoudre s'il veut aller de l'avant dans la décentralisation de la gestion et du financement. D'abord, il doit résoudre la question de savoir si les employés resteront fonctionnaires ou non. Deuxièmement, une nouvelle base d'allocation des fonds aux hôpitaux doit être étudiée et mise en place. Si les hôpitaux doivent générer leurs fonds à partir du système de retenue à la source, les taux de paiement doivent par conséquent être alignés plus étroitement aux coûts. Cela nécessitera des prix beaucoup plus élevés que l'actuel barème des tarifs instauré par les hôpitaux centraux. Aussi une stratégie peut être développée

pour réduire les disparités actuelles dans le paiement parmi les hôpitaux qui sont comparables. Troisièmement, un système de financement des hôpitaux basé sur la prise en charge totale de leurs factures par les individus non assurés ayant des revenus supérieurs à 400 dollars Zimbabwéens, a l'avantage de permettre aux hôpitaux de faire face aux déficits structurels de paiement. On devrait payer une attention toute particulière au développement de mécanismes de financement pour éviter cette situation. Quatrièmement, les hôpitaux sont chargés actuellement de déterminer si les individus sont au dessus ou en dessous de la limite des 400 dollars Zimbabwéens donnant droit aux soins gratuits. La plupart d'entre eux prennent ces décisions sans aucun avantage financier. Dans la mesure où le gouvernement cherche à financer les hôpitaux par le système de paiement pour service rendu alors qu'une portion importante de la population reste non assurée, les individus et les hôpitaux auront intérêt à veiller à ce que les patients présentent les conditions requises à l'obtention de l'assistance gouvernementale. Le Ministère de la Santé a besoin d'identifier des systèmes et des mécanismes pour assurer que les décisions appropriées pour l'obtention de cette assistance sont prises. Enfin, même si le rôle du Ministère de la Santé dans la gestion du fonctionnement des hôpitaux se rétrécit, ses rôles dans les secteurs du financement, de la surveillance et de l'assurance de la qualité du service sont à même de devenir de plus en plus importants. Des systèmes doivent être développés pour permettre au Ministère de la Santé d'exercer efficacement ces nouveaux rôles.

L'Autonomie Hospitalière au Ghana

Par Ramesh Govindaraj, A.A.D. Obuobi, N.K.A. Enyimayew, P. Antwi et S. Ofosu-Amaah

Sommaire

Depuis les années 80, les Centres hospitaliers universitaires du secteur public dans le monde ont fait l'objet d'une attention particulière dans les milieux politiques à cause de la complexité de ces institutions, du lourd fardeau qu'ils font peser sur les fonds publics, et des difficultés pour assurer leur fonctionnement efficace et efficient sous un système de contrôle gouvernemental centralisé. Une alternative qui a gagné la faveur des décideurs publics dans plusieurs pays, est l'octroi d'une autonomie à ces hôpitaux publics pour leur fonctionnement. Toutefois, malgré la mise en place de "l'autonomie" dans plusieurs hôpitaux publics à travers le monde, très peu de recherches se sont penchées sur l'évaluation des expériences de ces hôpitaux. De ce fait, dans le cadre d'une stratégie globale de l'USAID consistant à mener une politique pertinente de recherche sur des sujets qui intéressent les décideurs Africains et les missions de l'USAID en Afrique, l'Université Harvard a été chargée de conduire cinq études de cas sur l'autonomie hospitalière. Le Ghana a été identifié comme l'un des sites pour cette étude comparative intra-nationale.

Avec une superficie de 238537 kilomètres carrés et une population d'environ 16,5 millions d'habitants (estimations de 1994), le Ghana est situé le long de la côte ouest africaine. Pour des raisons administratives, le pays est divisé en dix régions et de cent dix districts administratifs. Il ya quatre catégories principales de systèmes de soins de santé au Ghana : le système public, le système privé à but lucratif, le système privé à but non lucratif, et le système traditionnel. Le Ghana a été l'un des premiers pays Africains à tenter d'octroyer une plus grande autonomie aux hôpitaux du secteur public. Depuis les années 70, le gouvernement s'est progressivement orienté vers une plus grande décentralisation du système de santé, en créant un nouveau Service de Santé Ghanaéen (SSG) et en donnant aux équipes de gestion à différents niveaux des hôpitaux une plus grande flexibilité dans l'affectation des ressources suivant leurs priorités, dans le cadre global de la politique nationale. Comme parties prenantes à cette réforme globale du secteur de la santé, les deux centres hospitaliers universitaires du Ghana à savoir l'Hôpital Korle Bu (KBU) et le Centre

Hospitalier Universitaire Komfo Anokye (CHUKA) ont été aussi incités par le Gouvernement du Ghana à devenir "autonomes".

Les raisons les plus importantes qui sont à la base de l'octroi de l'autonomie aux centres hospitaliers universitaires au Ghana sont de loin financières, bien que d'autres motivations aient été citées par les parties prenantes, telles que : la séparation entre le rôle d'élaboration de la politique de santé par le Ministère de la Santé et celui d'offrir des soins de santé; la levée des contraintes de la fonction publique sur les hôpitaux; l'augmentation de l'efficacité de gestion; l'amélioration de la qualité des soins; et l'amélioration de l'image globale des centres hospitaliers universitaires aux yeux du public.

En 1988, un cadre juridique, la loi 209 du Conseil Provisoire de Défense Nationale (CPDN), a été développé par le Ministère de la Santé du Ghana comme une étape vers l'octroi d'une autonomie totale aux deux centres hospitaliers universitaires. Par la suite, plusieurs mesures proposées par la loi 209 ont été mises en oeuvre dans les deux hôpitaux, en commençant par la mise en vigueur d'un Conseil d'Administration autonome du Centre Hospitalier Universitaire en Août 1990. Encouragé par le succès initial de l'autonomie, le Gouvernement Ghanaéen alla même plus loin en proposant le 1er Janvier 1996 comme date éventuelle à laquelle le statut d'autonomie totale sera conféré à l'Hôpital Korle BU et au Centre Hospitalier Universitaire Komfo Anokye.

Avec presque 1600 lits, Korle BU fonctionne comme Centre Hospitalier Universitaire de l'École de Médecine de l'Université du Ghana à Accra et a un personnel comprenant plus de cent cinquante médecins; Komfo Anokye, avec un plus de 650 lits seulement, est le second plus grand hôpital du pays. En 1975, conformément à la politique du Ministère de la Santé tendant à créer une seconde école de médecine au Ghana, Komfo Amokye a été transformé en Centre Hospitalier Universitaire, et l'École de Médecine de l'Université des Sciences et de la Technologie de Kumasi était rattachée à l'hôpital. En tant que centres hospitaliers universitaires, Korle BU et Komfo Anokye avaient des buts principaux: l'offre de soins d'une haute qualité médicale, l'enseignement (comprenant la formation des étudiants en médecine, des infirmières, des pharmaciens, et une variété d'autres disciplines para-cliniques et techniques), et la recherche.

Les principaux objectifs de l'étude au Ghana étaient: a) faire une description et une analyse de l'expérience de Korle BU et de Komfo Anokye dans leur évolution vers l'autonomie; et b) s'inspirer de l'expérience Ghanaéenne pour tirer des leçons générales sur la viabilité, et sur les avantages et inconvénients de l'autonomie hospitalière. Initialement l'étude s'était orientée vers une analyse qualitative de l'expérience de l'autonomie hospitalière au Ghana, soutenue par de simples estimations quantitatives. Les quatre critères utilisés pour évaluer l'autonomie hospitalière au Ghana étaient: efficacité, justice, responsabilité publique, et

qualité des soins. La méthodologie de recherche employée comprenait le recueil et l'analyse de données secondaires, des entretiens, et des études de terrain dirigées.

Pour des besoins de l'étude, nous avons trouvé nécessaire de proposer un nouveau cadre conceptuel qui était destiné de guider notre évaluation de l'effort d'autonomie au Ghana, de nous aider à organiser la présentation de nos données et résultats, et d'aider à orienter nos discussions sur la manière dont l'initiative du gouvernement Ghanaéen peut être aiguillée vers une réalisation réussie de ses objectifs. Selon notre modèle, l'autonomie est conceptualisée en tant qu'évolution graduelle du processus de prise de décisions totalement centralisé à un système totalement décentralisé pour chacune des quatre fonctions de gestion, à savoir: la direction, la gestion générale, la gestion financière, et la gestion des ressources humaines. Pour tous les deux hôpitaux, chacune de ces fonctions de gestion, de même que la base légale de l'autonomie hospitalière au Ghana, a été évaluée suivant les quatre critères d'évaluation.

Notre étude révèle plusieurs trouvailles intéressantes, dont les plus importantes sont les suivantes. D'abord, la loi 209 définit clairement un cadre pour l'autonomie, quoique fait un peu largement. Aussi, une bonne partie de la loi est habilitante. La loi fait d'importantes concessions aux hôpitaux publics, qui en apparence, sont assez radicaux dans le contexte de la structure organisationnelle existante. Toutefois, la loi a instauré de véritables restrictions stratégiques et fondamentales sur le Conseil d'Administration de sorte que dans les faits, tous les pouvoirs de décisions et de contrôle sont toujours détenus aux niveaux du ministère et du gouvernement. Aussi la loi ne dresse pas un plan de mise en exécution de l'autonomie, ne fixe pas des priorités dans le processus de mise en oeuvre, ou ne donne pas directives systématiques pour la mise en oeuvre des différentes phases de l'autonomie.

Deuxièmement, alors qu'en tant que concept il y a un soutien large et enthousiaste à l'initiative d'autonomie, celle-ci signifie cependant différentes choses à différentes personnes, et les attentes des parties prenantes sont assez différentes. En d'autres termes, il n'y a pas de vision commune à l'égard de l'autonomie; les opinions se font sur la base de raisons différentes et souvent conflictuelles.

Troisièmement, parmi les parties prenantes il y a une tendance à se focaliser uniquement sur les profits perçus de l'autonomie, négligeant ainsi quelques uns de ses possibles pièges. En effet, toute opposition à l'autonomie est principalement due à l'impact négatif du concept sur la justice et aux inquiétudes sur les capacités administratives des hôpitaux.

Enfin, l'expérience de l'autonomie dans les Centres Hospitaliers Universitaires au Ghana n'a pas produit la majeure partie des résultats attendus en termes d'efficacité, de qualité des soins, et de responsabilité publique, bien que des

succès isolés eurent été réalisés. Objectivement, la création des Conseils d'Administration, bien qu'elle soit nécessaire, n'est pas une mesure suffisante dans le processus d'autonomie. Par la suite, la situation à Korle BU et à Anokye pourrait être simplement expliquée par la relative courte durée de l'autonomie dont les deux hôpitaux ont bénéficié, ou par l'instabilité qui accompagne souvent la réforme d'un système. Cependant, il est évident que les problèmes sont beaucoup plus profonds.

L'incapacité ou le manque de volonté du Ministère de la Santé de permettre les deux hôpitaux de fonctionner comme des institutions totalement autonomes a contribué de façon significative à l'échec du processus d'autonomie au Ghana. Les ambiguïtés entourant l'initiative d'autonomie et l'absence totale de sens de direction et de but clair soit au Ministère de la Santé soit dans les hôpitaux, ont simplement aggravé ce problème. Mais les deux Conseils d'Administration n'ont pas été capables d'utiliser l'autonomie qui leur a été octroyée (bien qu'incomplète et restreinte) pour apporter les améliorations nécessaires aux hôpitaux. Une incapacité de transposer efficacement les mécanismes et les modes d'incitation du secteur privé dans les deux hôpitaux, les conflits institutionnels et l'inertie, des prises de décisions et des capacités de gestion limitées, l'absence d'un plan financier complet et durable, et des systèmes d'information inadéquats ont tous contribué à l'échec de réaliser un changement significatif.

Dans notre rapport nous avons souligné que l'autonomie hospitalière au Ghana peut avoir une chance de réussir. Quelques unes des mesures à prendre sont:

- Un modèle conceptuel complet de l'autonomie hospitalière devrait être développé, discuté correctement parmi les parties prenantes, et adopté;
- Une série de réunions pour obtenir un consensus national doit être initiée avec l'objectif de présenter le concept de l'autonomie hospitalière, de même que les mesures spécifiques adoptées pour donner l'autonomie aux hôpitaux, dans le cadre d'un débat et d'une critique constructifs;
- La loi 209 devrait être révisée, basée sur les discussions entre parties prenantes, et le nouvel instrument légal devrait être soutenu par des directives spécifiques aux hôpitaux sur la façon de poursuivre la mise en oeuvre de l'autonomie;
- Des systèmes d'organisation internes et externes pour soutenir l'autonomie devraient être mis en place. En particulier, les relations entre les Conseils d'Administration, le Service de Santé Ghanaén, le Ministère de la Santé, et les deux écoles de médecine devraient être clarifiées et formalisées;
- Les coûts de fonctionnement des hôpitaux doivent être évalués, et des

mécanismes de financement alternatifs doivent être trouvés pour rendre possible un système financement de tous les services de santé, y compris les centres hospitaliers universitaires;

- La formation en gestion devrait être disponible, de sorte qu'un cadre de personnel de gestion équipé pour faire face aux principales fonctions de gestion dans les hôpitaux soit développé; et
- L'initiative de l'autonomie devrait être introduite graduellement et méthodiquement, donnant ainsi assez de temps aux hôpitaux pour se préparer à l'autonomie, développer un énoncé clair des missions, et introduire la gestion stratégique dans leurs institutions.

Dans le rapport nous avons aussi souligné que l'expérience avortée de l'autonomie au Ghana ne démontre pas par elle même le défaut de viabilité du concept de l'autonomie. Le succès du Service d'Education du Ghana, une institution autonome créée par le Ministère de l'Education, devrait suggérer qu'au moins une partie du problème avec l'autonomie hospitalière au Ghana est relative au manque de vision et d'initiative similaires parmi les décideurs dans le secteur de la santé. Alors que les résultats de cette étude ne nous permettent ni de valider sans ambiguïté, ni de rejeter catégoriquement l'hypothèse qui consiste à dire que l'autonomie (mise en oeuvre systématiquement et totalement) peut mener à des améliorations sur la base des quatre dimensions considérées dans cette étude, il est cependant clair que pour réussir, l'autonomie a besoin d'avoir une chance juste.

Le pourquoi de l'autonomie hospitalière dans le secteur public, comme c'est indiqué dans le rapport, est qu'en créant les systèmes organisationnels qui imitent le secteur privé et encouragent la compétition, on peut provoquer une efficacité croissante, une responsabilité publique plus grande, et une qualité des soins améliorée dans les hôpitaux. Cela veut dire que les hôpitaux doivent se transformer en institutions privées. Nous pensons que tout gain en efficacité qui résulterait d'une telle politique serait vraisemblablement réduit à néant par des pertes en justice sociale.

Enfin, on a besoin de considérer la possibilité mystérieuse qu'un bon nombre des changements sur la base des quatre dimensions considérées dans la présente étude pour évaluer l'autonomie pourraient être réalisés sans l'octroi de l'autonomie aux hôpitaux. Peut-être ce qui est nécessaire, c'est simplement une meilleure gestion et des structures d'incitation dans l'organisation existante si cette affirmation est juste; par conséquent l'échec d'apporter des changements dans le fonctionnement des deux hôpitaux étudiés pourrait démontrer un problème de gestion plus qu'une question d'autonomie. Malheureusement, les résultats de la présente étude ne nous autorisent cependant ni d'établir le bien fondé de cette affirmation ni de le rejeter.